

19. *Raghupathy R., Makhseed M., Azizieh F.* // Hum. Reprod. – 2000. – Vol. 15. – P. 713-718.
20. *Raziel A., Friedler S., Schachter M.* // Hum. Reprod. – 2002. – Vol. 17. – P. 107-110.
21. *Rizk B.* Ovarian Hyperstimulation Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Prevention and Management. – Cambridge, 2006.
22. *Shibahara H., Suzuki T. et al.* // J. Reprod. Immunol. – 2005. – Vol. 54. – P. 186-192.
23. *Solberg H., Rinkenberger J., Dano K.* // Development. – 2003. – Vol. 130. – P. 439-450.

## **ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ «МІРЕНА» НА ПЕРЕБІГ ЕСТРОГЕНОЗАЛЕЖНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

*Добровольська Л. М., Ліхачев В. К., Макаров О. Г.*

**м. Полтава**

Естрогенозалежна гінекологічна патологія, а саме гіперпластичні процеси ендо- і міометрію та ендометриоз, залишаються однією із найактуальніших проблем сучасної гінекології, внаслідок поширення пов'язаного із нею непліддя та невиношування вагітності, неухильного зростання захворюваності на рак ендометрія, збільшення частоти дисфункціональних маткових кровотеч. Цьому сприяють висока частота урогенітальних інфекцій, велика кількість стресових факторів зовнішнього середовища, незбалансованість харчування, малорухливий стиль життя [1, 2, 4, 5].

Лейоміома тіла матки являє собою найпоширенішу пухлину жіночої репродуктивної системи, спостерігаючись у 20 – 25% жінок віком до 35 років. При цьому найбільш ефективним та радикальним, але в той самий час, найбільш травматичним та несумісним із продовженням репродуктивної функції методом її лікування залишається гістеректомія [2]. За даними багатьох дослідників гіперпластичні процеси ендометрію в 25 – 50% випадків поєднуються з міомою матки та аденоміозом [2, 4, 5]. В свою чергу ендометриоз у структурі гінекологічної захворюваності стійко займає 3-є місце, поступаючись лише запальним процесам жіночих статевих органів та лейоміомі матки, вражаючи при цьому до 50% жінок репродуктивного віку із збереженою менструальною функцією. При цьому

доля аденоміозу складає від 27 до 53% випадків ендометриозу [1, 3, 4]. Тому питання оптимальної тактики ведення пацієнок із матковими кровотечами на тлі естрогенозалежної гінекологічної патології у молодих жінок потребують більш детального вивчення та розробки методів патогенетично обґрунтованого лікування та профілактики.

Левоноргестрелвміщуюча внутрішньоматкова система (ЛНГ- ВМС) «Мірена» являє собою внутрішньоматковий контрацептив останнього покоління, який поєднує в собі властивості гормональної та внутрішньоматкової контрацепції. Левоноргестрелу, як одному із найактивніших гестагенів, властиві виразні антиестрогенні та антигонадотропні ефекти, внаслідок чого формується антипроліферативний вплив ЛНГ- ВМС «Мірена» на ендометрій. При проведенні внутрішньоматкової локальної терапії левоноргестрелом за допомогою

(ЛНГ- ВМС) «Мірена» вміст левоноргестрелу в плазмі крові не перевищує 0,2 нг/мл, що нижче рівня, необхідного для пригнічення овуляції. Таким чином при проведенні лікування ЛНГ- ВМС «Мірена» функція яєчників залишається незмінною, що особливо важливо для жінок репродуктивного віку [3, 5].

**Мета дослідження** – вивчення особливості перебігу естрогенозалежної гінекологічної патології при консервативному її лікуванні з використанням ЛНГ- ВМС «Мірена» у жінок репродуктивного віку із міомою матки, ендометриозом та залозистокістозною гіперплазією ендометрію.

#### **Матеріали і методи.**

Протягом 3 років під спостереженням знаходилось 46 жінок середнього репродуктивного віку, яким із метою лікування міоми матки (розміри вузлів до 3 см в діаметрі – 16, до 6 см – 4 пацієнтки), аденоміозу (8 хворих), зовнішнього ендометриозу (2 пацієнтки) та попередження рецидивів залозистокістозної гіперплазії ендометрію (16 пацієнок) вводилась ЛНГ-ВМС «Мірена». Середній вік пацієнок становив  $32,13 \pm 3,11$  роки. 32 жінки в анамнезі мали одні пологи, 12 – двоє і 2 – троє пологів. Середня кількість абортів в групі становила 1,12. Серед обстежених жінок 13 (28,3%) в якості контрацептиву використовували мідьвміщуючу ВМС, 3 (6,5%) – гормональні оральні контрацептиви, 18 (39,1%) – презервативи, 12 (26,1%) взагалі не користувались контрацептивами. 22 (47,8%) жінок не вважали свою репродуктивну функцію закінченою. Всі жінки при первинному зверненні скаржились на рясні та довготривалі менструації, у 18 (39,1%) з них періодично відмічались метроррагії. Після проведення необхідного обстеження відповідно Наказу МОЗ України № 582 від 15.12.03 р. «Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги» та № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» всім пацієнткам призначались агоністи гонадотропін-релізінг-гормонів. Люкрин-депо вводився по 3,75 мг один раз на 28 днів протягом 3 місяців. Через 2 тижні після третьої ін'єкції пацієнткам вводилась ЛНГ-ВМС «Мірена». Жінкам із залозистокістозною гіперплазією ендометрію ЛНГ-ВМС «Мірена» вводилась після

контрольного вишкрібання стінок порожнини матки і відсутності ознак гіперплазії ендометрию за результатами гістологічного дослідження. Контроль за перебігом патології вівся шляхом оцінки скарг хворих, їх об'єктивного гінекологічного статусу та за даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів малого тазу, яке проводилося протягом першого року спостереження через 3, 6 та 12 місяців після введення ЛНГ-ВМС «Мірена», а в подальшому кожні 6 місяців протягом 3 років.

#### **Результати дослідження.**

Дослідження показали, що у всіх пацієнток менструальний цикл поновлювався після останньої ін'єкції агоністу гонадотропін-релізінг-гормонів та введення ЛНГ-ВМС «Мірена» через 4 – 5 місяців. У всіх жінок відмічалось значне зменшення об'єму та тривалості менструальної крововтрати. Так, якщо до початку лікування середня тривалість менструації становила  $8,0 \pm 1,6$  днів, то через 6 місяців після введення ЛНГ-ВМС «Мірена» –  $3,4 \pm 2,0$  дні. У 4 (8,6%) жінок через 6 місяців після введення ЛНГ-ВМС «Мірена» зберігалась аменорея, у 6 (13,0%) пацієнток (4 жінки з міомою матки та 2 з аденоміозом) мали місце міжменструальні кровомазання, які потребували лікування (свічки з диклофенаком по 100 мг per rectum або ригевідон за гемостатичною схемою). Через 12 місяців використання ЛНГ-ВМС «Мірена» середня тривалість менструації в порівнянні із першими 6 місяцями спостереження практично не змінилася і становила  $2,8 \pm 0,6$  дні. Звертає на себе увагу збільшення кількості пацієнток з аменореєю до 8 (17,4%). Міжменструальні мажучі виділення відмічали 9 (19,5%) жінок, але ці виділення мали епізодичний характер та не викликали у них дискомфорту і не потребували додаткового лікування.

Динамічний УЗД контроль показав, що у жінок із фіброміомою матки протягом 1 року спостереження відмічалось зменшення розмірів вузлів в середньому на 43%, через 2 роки – на 64%, а через 3 роки – на 84%. Лише у 2 пацієнток з розмірами міоматозних вузлів 5 – 6 см після проведення терапії агоністом гонадотропін-релізінг-гормонів та введення ЛНГ-ВМС «Мірена» мало місце продовження росту інтерстиціального вузла. Їм була проведена консервативна міомектомія з післяопераційним призначенням люкрин-депо по 3,75 мг протягом 3 місяців (в одному випадку операція проводилась на фоні ЛНГ-ВМС в матці, в другому – після вилучення контрацептиву за бажанням жінки). Пацієнтка, у якої була вилучена ЛНГ-ВМС «Мірена», після 3 ін'єкції агоністу гонадотропін-релізінг-гормонів отримувала новінет за контрацептивною схемою.

У жодної з жінок із залозистокістозною гіперплазією ендометрию за 3 роки спостереження при УЗД контролі за станом М-ехо 1 раз на 6 місяців не спостерігався рецидив гіперпластичного стану. У 1 жінки з аденоміозом у зв'язку із виникненням функціональної кісти яєчника додатково проводилась протизапальна терапія і призначався ригевідон на 3 місяці за контрацептивною схемою.

### **Висновки.**

1. ЛНГ-ВМС «Мірена» є надійним ефективним методом лікування та попередження рецидивів естрогенозалежної гінекологічної патології у жінок репродуктивного віку.

2. Використання ЛНГ-ВМС «Мірена» у жінок із міоматозними вузлами з діаметром понад 5 см не є доцільним, оскільки не попереджає подальше прогресування патології.

3. ЛНГ-ВМС «Мірена» завдяки антипроліферативній дії левоноргестрелу повинна розглядатись як контрацептив вибору для жінок середнього і старшого репродуктивного віку, що страждають на естрогенозалежну гінекологічну патологію.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. *Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н.* Эндометриозы: Руководство для врачей. – М., Медицина – 2006 – с. 411.
2. *Вихляева Е. М.* Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки, 2004. – М.: Медпресинформ. – 399 с.
3. *Манушарова Р. А., Черказова Э. И.* Комплексное лечение эндометриоза с применением аналога гонадотропин-рилизинг-гормона и рилизинг-системы «Мирена» // Гинекология. – т. 07. – № 2. – 2004. – С. 1–6.
4. *Татарчук Т. Ф., Бурлака Е. В.* Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. – № 4(16). – 2003. – С. 107–114.
5. *Kitawaki J.* Adenomyosis: the pathophysiologu of an oestrogen-depent disease Best Pract. Res Clin Obstet Gynacol. 2006 Aug, 20 (4):493–502.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ НІФЕДИПИНУ В ПОРІВНЯННІ З ІНШИМИ ТОКОЛІТИЧНИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ**

*Дрозд О. О., Орчаков В. О.*

**м. Київ**

Проблема передчасних пологів є досить актуальною в сучасному акушерстві, так як визначає рівень перинатальної захворюваності і смертності [1]. Частота передчасних пологів, незважаючи на заходи, що проводяться не знижується. Усе це